

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

Departamento de Estomatología III (Medicina y Cirugía Buco-Facial)



**ESTUDIO DE PREVALENCIA DE ENFERMEDAD ORAL EN
TÍTULO PROPIO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA ORAL, DE
LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD
COMPLUTENSE DE MADRID, ENTRE LOS AÑOS 2010-2014**

Trabajo fin de Máster, en Ciencias Odontológicas

PRESENTADO POR

TERESA DE LA JARA RODRÍGUEZ

BAJO LA DIRECCIÓN DEL DOCTOR

GONZALO HERNÁNDEZ VALLEJO

Madrid, Septiembre 2014



ÍNDICE

Agradecimientos.....	3
1) Introducción y antecedentes	4
2) Justificación.....	9
a) Planteamiento del problema	9
b) Antecedentes.....	9
c) Justificación.....	9
3) Hipótesis y Objetivos	10
a. Hipótesis	10
b. Objetivo general	10
4) Material y métodos	11
a) Diseño de estudio	11
b) Localización.....	11
c) Muestra	11
i) Criterios de Inclusión	
ii) Criterios de Exclusión	
d) Descripción del procedimiento clínico	12
e) Recogida de datos, manejo y análisis	12
f) Administración del estudio y cuestiones éticas.....	14
5) Resultados	15
6) Discusión.....	31
7) Conclusiones.....	44
8) Bibliografía.....	45
9) Anexos.....	48



*“A mi madre, por su incansable esfuerzo y ayuda. Sin ella nada sería igual.
A mi tutor por su tiempo y enseñanzas”*



1. INTRODUCCIÓN Y ANTECEDENTES

El odontólogo es el profesional de las Ciencias de la Salud, encargado de reestablecer y mantener la salud oral, (1). Es por esto que su condición le obliga a tener una formación amplia y meticulosa, tanto en ciencias básicas como en aquellas más específicas. Esta formación debe constituir un camino que se prolongue a lo largo de toda la vida profesional del mismo. La práctica actual aparece dentro de un nuevo paradigma científico, ‘‘La odontología basada en la evidencia’’. Se fundamenta en los principios de la epidemiología clínica, que consiste en la búsqueda sistemática, la evaluación y el uso de los hallazgos de la investigación odontológica como base esencial para la toma de decisiones en la práctica clínica.

La Medicina Bucal constituye dentro de la Odontología como tal, una parte importante del saber odontológico, y como rama de la misma ciencia, también está basada en la evidencia.

Para poder entender y perfeccionar esta especialidad, han sido necesarios muchos estudios en la materia, y aún siguen siendo necesarios para poder abarcar el amplio espectro que comprende la Medicina Bucal como tal. Sin duda, la epidemiología clínica ha sido una de las bases fundamentales, sobre las que se cementa el conocimiento en esta rama. Aún siguen siendo necesarios más estudios epidemiológicos para conocer mejor la amplia patología que abarca la cavidad oral, para un mejor pronóstico de las enfermedades que asientan en la misma, y por ende en el paciente que estamos tratando.



La cavidad bucal, es un órgano complejo, en el que se encuentran numerosas estructuras y tejidos, lo que permite que se desarrollen o asienten gran cantidad de patologías, que complican el diagnóstico de las mismas.

Para poder llevar a cabo el diagnóstico, hay que estudiar y conocer todas las enfermedades, pero sobretodo debemos valernos del instrumento diagnóstico más importante en Medicina Bucal, la Historia Clínica. El diagnóstico por tanto es un proceso intelectual que requiere de nuestra reflexión y pensamiento. Es un proceso complejo, que debe realizarse de forma protocolizada y ordenada. Exige aprendizaje continuo, ya que las enfermedades evolucionan en los pacientes. Es similar al método de investigación, que se vale de la percepción, la capacidad de captar por los sentidos, y de la observación, que es un proceso intelectual propiamente dicho. A partir de la percepción y la observación elaboramos hipótesis, y estas hipótesis nos llevan al diagnóstico. El mejor camino para conseguir llegar a ser un clínico capacitado, es el entrenamiento constante y el conocimiento. Este último lo obtenemos de la experiencia y de los tratados donde se recogen los resultados de la experiencia de otros. Por esto se hace necesario realizar estudios epidemiológicos que aúnen la experiencia previa, en enfermedades orales, para valernos de una guía previa que nos ayude a encaminar nuestro diagnóstico.

La patología oral, encierra una amplia gama de posibilidades, tanto de asiento como de clínica. Lo que la convierte en una ciencia compleja. Para entender el abanico de posibilidades que se pueden encontrar, la patología oral se divide en secciones, que ayudan a desglosar este complejo e intrincado puzle.



La clasificación empleada en la Licenciatura/Grado y en el Título Propio de Especialista en Medicina oral, para el estudio de la Medicina Bucal, divide la patología oral en los siguientes epígrafes:

- 1- Lesiones por agentes físicos
- 2- Lesiones por agentes químicos
- 3- Discromías y pigmentaciones
- 4- Infecciones micóticas
- 5- Infecciones bacterianas
- 6- Infecciones víricas
- 7- Lesiones versículo-ampollosas
- 8- Liquen plano oral
- 9- Lesiones ulcerosas
- 10- Lesiones tumorales benignas
- 11- Patología lingual
- 12- Patología de los labios
- 13- Fisiopatología de las glándulas salivales
- 14- Síndromes motores y algias vasculares. Neuralgias
- 15- Patología de la ATM (Articulación Temporo-Mandibular)
- 16- Displasias y distrofias óseas
- 17- Patología de los huesos maxilares
- 18- Lesiones potencialmente malignas
- 19- Cáncer oral

Como se puede observar la Medicina Oral compila una amplia variedad de campos, y de entidades patológicas, por lo que su estudio es complejo, pero muy necesario, por la



elevada repercusión que pueden tener determinados procesos que se asientan en la cavidad oral, en la salud general del paciente, como ya se ha demostrado en gran cantidad de estudios previos, donde se avala la importancia de una exploración exhaustiva en todos los pacientes subsidiarios de una revisión oral anual, incluyendo los tejidos blandos, ya que es el odontólogo en algunas ocasiones es el primero en diagnosticar enfermedades sistémicas a través de lesiones orales, (2,3), (4), (5), (2).

En este punto, es necesario recordar, que el diagnóstico de determinadas patologías, en concreto, las “lesiones potencialmente malignas”, término definido recientemente por Warnakulasuriya y Van der Waal en 2009, (6), es relevante, para la prevención de una de las entidades más complejas que puede asentar en el territorio oral, el carcinoma oral de células escamosas (COCE). Este carcinoma tiene una frecuencia total de un 2-4% de todos los carcinomas. Tiene una distribución geográfica amplia, siendo más frecuente en países asiáticos, y más en hombres que en mujeres, aunque esta tendencia está igualándose, (7). Lo más relevante es la tasa de supervivencia de este carcinoma a los cinco años, que se sitúa en el 50%, (8). Es una tasa muy baja, que se podría remediar con un diagnóstico temprano de la enfermedad. Como deja reflejado el Doctor Puig La Calle, “Si en la vida el tiempo es oro, en el cáncer, el tiempo es vida” (9)

Son muchos los estudios epidemiológicos, centrados en el análisis del COCE, y las lesiones potencialmente malignas, sin embargo es curioso observar, la falta de estudios que aúnen toda la patología oral. Y aun menos en niños, donde se cree erróneamente que este tipo de patología, no asienta con la misma frecuencia. Es cierto que lo hace de distinta manera, con procesos completamente diferentes a los que atacan a la población adulta, pero desde el punto de vista de la prevención, es igual de importante atender a la patología oral del niño. Un estudio interesante realizado en Oviedo en 2001, refleja



desde un análisis epidemiológico, las alteraciones, desde el punto de vista de la Medicina Bucal que afectan más a los niños de 6 años, reflejando interesantes conclusiones, (10).

Es cierto que si nos preceden algunos, aunque pocos, y lejanos, estudios de epidemiología en patología oral, general, en países Sudamericanos, como los desarrollados por Moret y cols. en 2006, con interesantes conclusiones, (2). Otro trabajo realizado hace relativamente poco, en la Facultad de Odontología de Kuwait, por Mohammad y cols. plasma importantes resultados epidemiológicos de los que hablaremos más adelante. Sin duda en todos se hace una llamada de atención frente a la necesidad de proveernos de más trabajos en esta línea (11). De igual manera el reciente estudio desarrollado por Chiang en 2014, en el Hospital Universitario de Taiwan, refleja unas conclusiones muy interesantes epidemiológicas, que a lo largo de este trabajo se desarrollaran (12).

Otro campo en el que si se observan las enfermedades orales de manera más general, es en el colectivo de las pacientes embarazadas, que por su condición desarrollan de manera más frecuente patologías fáciles de diagnosticar, y sobre las que hay descritas gran cantidad de tratados. Es comprensible que en estas pacientes sea más accesible realizar estudios significativos, porque es más sencillo encontrar una muestra representativa, como así se refleja en el trabajo de Moret y cols. en 2008.

Para finalizar, es importante recordar la importancia de conocer ampliamente la patología oral, en la práctica clínica diaria, por las repercusiones que puede tener la falta de criterio diagnóstico en este campo. Lo que hace relevante conocer las enfermedades orales más frecuentes, y las entidades que afectan predominantemente a hombres y



mujeres y en que rangos de edad, para facilitar el entendimiento de las mismas, al igual que su correcto diagnóstico, y pronóstico futuro.

2. JUSTIFICACION:

Los estudios de prevalencia son importantes para establecer protocolos de actuación y conocer las necesidades de tratamiento de una población. En España prácticamente no existen estudios que muestren datos epidemiológicos sobre “patología oral” siendo éste, hasta donde llega nuestro conocimiento, el tercer estudio sobre el tema que se lleva a cabo en la Facultad de Odontología de la UCM y el segundo, en otras universidades españolas. Los datos proporcionados por este tipo de trabajos son difícilmente extrapolables a otras poblaciones debido a la influencia de múltiples variables tales como la raza, la edad, el sexo y los hábitos de vida. Por ello, resulta fundamental llevar a cabo análisis de este tipo con el objetivo de establecer la frecuencia con que se presentan estas enfermedades, y las modificaciones del protocolo normal de actuación que son susceptibles de tener que ser realizadas. En un desarrollo posterior las conclusiones obtenidas podrían ser aplicadas a los nuevos planes de estudio en esta materia.



3. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS:

Hipótesis:

Tras realizar una extensa revisión bibliográfica acerca de los estudios epidemiológicos previos, en materia de Medicina Bucal, y conocer ampliamente la patología oral, se decide establecer la siguiente hipótesis de trabajo:

“Es necesario conocer los datos epidemiológicos de las enfermedades orales para poder mejorar la atención que reciben, así como la formación específica de los futuros odontólogos en estas áreas, reforzando la importancia de los exámenes exhaustivos preventivos de la mucosa oral, como antesala de patologías sistémicas, o premisa de lesiones malignas”.

Siendo los objetivos del presente estudio:

- Estudiar las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes diagnosticados en el Título Propio de Especialista en Medicina Oral, de la Facultad de Odontología de la UCM entre los cursos académicos 2010/2011 y 2013/2014, ambos inclusive.
- Analizar la prevalencia de las distintas enfermedades diagnosticadas en el mismo Título, y su relación en cuanto a otras variables, como el hábito tabáquico.
- Analizar la calidad asistencial y clínica del Título Propio



4. MATERIAL Y MÉTODOS

a) Diseño del estudio:

Consiste en un estudio observacional, descriptivo, transversal, retrospectivo y analítico, que se realiza, incluyendo todos los pacientes que, tras haber pasado por la Recepción de Pacientes de la Facultad de Odontología de la UCM, han sido derivados al Título Propio de Especialista en Medicina Oral y han sido tratados en el mismo desde el curso académico 2010/2011 hasta el curso académico 2013/2014

b) Localización:

El estudio se desarrolla en la Facultad de Odontología, de la Universidad Complutense de Madrid, dentro del Departamento de Estomatología III (Medicina y Cirugía Buco-Facial), al que pertenece el Título Propio de Especialista en Medicina Oral.

c) Muestra:

Para llevar a cabo este estudio descriptivo se ha seguido un modelo de muestreo no probabilístico de casos consecutivos. La información utilizada se ha recopilado a partir de las historias clínicas de los pacientes, obtenidas mediante búsqueda manual, del Archivo General de la Facultad de Odontología de la UCM y, mediante búsqueda telemática, del Programa Salud Dental Suite®, versión 1.16.0 (Two-Ten Health, Dublín). Incluyendo en la muestra las historias clínicas comprendidas entre los cursos académicos 2010/2011 - 2013/2014.

Los criterios de inclusión fueron:



- Aquellos pacientes derivados desde la Recepción de Pacientes al Título Propio de Especialista en Medicina Oral, durante el periodo de tiempo comprendido entre los cursos académicos 2010/2011 y 2013/2014, ambos inclusive.

Los criterios de exclusión fueron:

- Pacientes que, aun apareciendo en la relación de pacientes derivados al Título propio dentro del 2010, hubieran sido historiados y tratados en periodos anteriores. Es decir se excluyen todos aquellos pacientes, que no son recién explorados en el curso académico 2010/2011, y figuran dentro del curso académico, únicamente por revisiones establecidas.

d) Descripción del procedimiento:

Se buscaran las historias clínicas, correspondientes a la relación de pacientes, que se ha facilitado por parte de ‘‘Gestión de Pacientes’’ de la Facultad de Odontología de la universidad Complutense de Madrid, bajo los permisos adecuadamente obtenidos. Una vez estas historias se hayan extraído del archivo del Título Propio, se revisaran para hacer las anotaciones que se establecen en el apartado que figura a continuación, correspondiendo cada patología de un mismo paciente a un número que se asigna ordenadamente.

e) Recogida de datos, manejo y análisis:

Los datos han sido analizados con la hoja de cálculo de Excel 2007. La recogida de datos se llevó a cabo en una hoja de cálculo de Excel, asignando a cada paciente un código numérico. Tras la asignación para mantener el anonimato, se procedió a la recogida de información según la siguiente tabla, (Tabla 1.).



CÓDIGO DEL PACIENTE	EMPLEO	SEXO	EDAD	FUMADOR	BIOPSIA	PROCEDENCIA	RELACIÓN
0		M	10	SI	SI	CLINICA PRIVADA	SI
01		M	52	NO	NO	OTRO DEPTMNT	
02		F	8	NS	SI	HOSPITAL	NO
03		M	63	NS	NO		
...			

Tabla 1. TABLA DE RECOGIDA DE DATOS DE LA INVESTIGACIÓN

La tabla se rellena de la siguiente manera y se emplea con los siguientes apartados para los análisis que se exponen a continuación:

1. Empleo: Se indica la profesión que aparece en la historia clínica. No pudimos llevar a cabo el análisis epidemiológico de este aspecto, porque no obtuvimos un número significativo de profesiones anotadas en la historia clínica de los pacientes, a pesar de aparecer un apartado en las historias exclusivo para este detalle.
2. Sexo: Se anota con una M (sexo Masculino) y una F (sexo femenino).
3. Edad: Se anota la edad de los pacientes, en código numérico.
4. Fumador: Se anota si es fumador con un (SI), si no es fumador con (NO), y si no se sabe porque no se recoge en la historia clínica (NS). Los pacientes que figuraban como exfumadores de menos de 5 años, se consideraron fumadores para el propósito de este estudio. Se considera fumador en este estudio a todo aquel paciente que consume al menos 3cigarros/ semanales.
5. Biopsia: Se anota si se le ha realizado o no una biopsia al paciente con (SI/NO).



6. Procedencia: Se anota de que departamento, institución privada o pública viene derivado, o recomendado.
7. Relación: Se anota si el diagnóstico de presunción que aparece en la historia antes de la biopsia coincide con el diagnóstico final del patólogo a posteriori. Solo se rellena en las casillas que coinciden con un SI en biopsia.

f) Administración del estudio y cuestiones éticas:

Para llevar a cabo este estudio, bajo la normativa vigente de protección de datos, según la Ley Orgánica 15/1999 del 13 de diciembre, se pidieron los permisos procedentes, que se adjuntan en el anexo 1 de este documento, para poder tener acceso al archivo de las historias clínicas del Título Propio de Especialista en Medicina Bucal. De igual manera, y para mantener el rigor ético de esta investigación se ha mantenido en todo momento el anonimato de estos pacientes, al pasar los datos extraídos de sus historias al fichero Excel de trabajo, asignándose un número a cada uno, e impidiendo la asociación del nombre con la patología del sujeto. Únicamente se manejaron nombres en el estudio para la búsqueda manual de las historias después de que facilitara la relación de pacientes incluidos en el programa salud, derivados al Título Propio de Especialista en medicina Bucal, entre los cursos académicos 2010/2011 – 2013/2014 ambos inclusive.



5. **RESULTADOS:**

Se obtuvo un registro inicial de 407 pacientes, de los cuales, tras aplicar los criterios de exclusión, quedaron 305 pacientes, para ser analizados. De estos 305, 190 (62.3%) son mujeres, y 115 (37,7%) son hombres. Por lo tanto, partiendo de que todos los pacientes registrados para ser atendidos en el Título Propio de Especialista en Medicina Bucal (TPMB), presentan algún tipo de patología oral, se puede determinar que las enfermedades orales son más prevalentes en el sexo femenino, con respecto al masculino en general.

De estos pacientes, se anotó que el 46.1% eran fumadores, frente a un 20% de los cuales desconocemos si lo eran o no, porque no se habían historiado correctamente. Si se refleja que un 33% de esta muestra no practica el hábito tabáquico. No se puede establecer con claridad que la mayor parte de la muestra es fumadora, ni se puede extraer que las enfermedades orales, son más prevalentes en la población fumadora que en la no fumadora con exactitud, por el 20% de pacientes de los cuales desconocemos si practican el hábito de fumar o no. Pero se hace necesario recoger este dato, de forma sistemática en las historias clínicas futuras, con el fin de poder investigar en este sentido otra serie de parámetros que serían muy interesantes. Si es verdad que independientemente de los registrado, la muestra presenta un porcentaje elevado de fumadores de por sí, que no debería despreciarse. De estos fumadores un 64.7% eran hombres y un 35.3% mujeres, lo que quiere decir, que sigue siendo mayor la proporción de fumadores varones, con respecto a las mujeres fumadoras, en concreto 1,83 veces mayor el número de fumadores hombres, con respecto a las mujeres.



De estos 305, se biopsiaron a 141 pacientes, un 46.22% de la muestra total. Casi la mitad de pacientes atendidos son biopsiados por nuestros especialistas. De los cuales un 58.6% eran mujeres y un 41.13% varones. Esto se correlaciona con la mayor prevalencia de enfermedades orales en las mujeres con respecto a los hombres. Solo que en este caso los resultados tienden a igualarse, ya que estamos dentro del grupo de pacientes, con un diagnóstico más complejo, con patología mayor, ya que las biopsias en el departamento se emplean como un método de confirmación ante patologías complejas, como el Liquef Planio Oral (LPO), las enfermedades versículo-ampollosas, las úlceras sospechosas, o lesiones potencialmente malignas, es decir procesos complejos, no transitorios, lo que hace que estos resultados puedan determinar con más seguridad que la población femenina sufre con mayor frecuencia patología oral.

El 98.83% de las biopsias confirmaron el diagnóstico de presunción de los clínicos que programaron las biopsias.

Pacientes Atendidos						
Género			Fumadores		Biopsias	
	nº	%	nº	%	nº	%
Mujeres	190	62,3%	18	35,3%	83	56.6%
Hombres	115	37,7%	33	64.7%	58	41.13%
Total	305		51		141	

Tabla 2. Descripción de los pacientes atendidos

De todos los pacientes estudiados la edad media es 53, siendo el rango de edad más prevalente de presentación de enfermedad entre los 50-59 años, (Tabla 3, 20). Se observa por tanto que las enfermedades orales aumentan su prevalencia con la edad, y son más frecuentes en la población adulta con respecto a la infantil o adolescente.

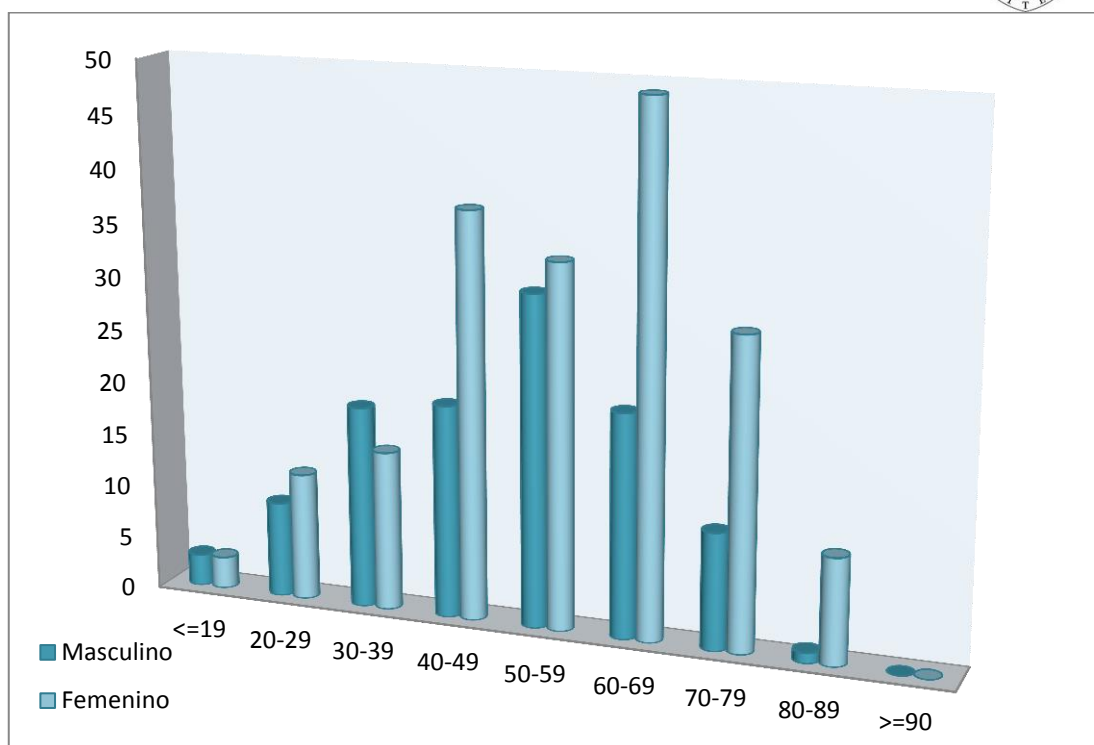


Tabla 3. Distribución de la muestra por edad y sexo

La mayoría de pacientes atendidos en el TPMB, son procedentes de profesionales externos, en concreto de clínicas privadas de Madrid y poblaciones cercanas (80,02%). Lo que pone de manifiesto, la calidad que avala nuestro departamento, y la confianza depositada de profesionales externos, para el diagnóstico de las patologías orales, (Tab. 4)

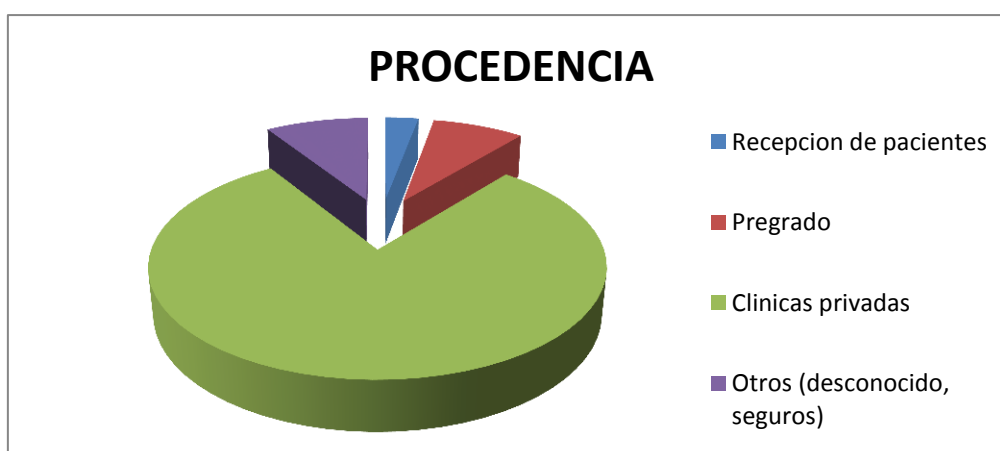


Tabla 4. Procedencia de los pacientes atendidos en el TPMB



Se observaron 347 patologías, en las 305 historias clínicas analizadas. Las enfermedades estudiadas se agruparon en el siguiente cuadro de frecuencias, para su correcto estudio y análisis. En el apartado ‘otras’ se incluyen un caso de quiste sebáceo y el hallazgo de unas espículas óseas en mandíbula, con resultado anatomopatológico completamente normal. (Tabla 5 y 6.)

<i>PATOLOGÍAS</i>	<i>FRECUENCIA</i>	<i>PORCENTAJE</i>
1. <i>Liquen plano oral</i>	60	17,29%
2. <i>Leucoplasia</i>	32	9,22%
3. <i>Síndrome de boca ardiente</i>	22	6,34%
4. <i>Lesiones por trauma</i>	22	6,34%
5. <i>Hiperplasias epiteliales de origen inflamatorio</i>	19	5,48%
6. <i>Neoplasias benignas de los tejidos blandos</i>	18	5,19%
7. <i>Patología lingual</i>	17	4,90%
8. <i>Candidiasis oral</i>	16	4,61%
9. <i>Reacciones alérgicas / liquenoides</i>	14	4,03%
10. <i>Enfermedades periodontales</i>	13	3,75%
11. <i>Hiperqueratosis friccional</i>	12	3,46%
12. <i>Sin patología en el momento de la exploración/Sin diagnóstico</i>	11	3,17%
13. <i>Infección por VPH</i>	10	2,88%
14. <i>Gingivitis descamativa</i>	10	2,88%
15. <i>Lesiones de origen dentario: quistes, abscesos periapicales, sensibilidad dental</i>	7	2,02%
16. <i>Hemangioma</i>	6	1,73%
17. <i>Maculas melánicas y tatuajes de amalgama</i>	6	1,73%
18. <i>Hiposialia/Xerostomía</i>	6	1,73%
19. <i>Lesiones por tabaco</i>	6	1,73%
20. <i>Estomatitis aftosa recurrente</i>	5	1,44%
21. <i>Dolor orofacial, alteraciones de la ATM y neurológicas</i>	5	1,44%
22. <i>Aftas inespecíficas</i>	5	1,44%
23. <i>Quistes de glándulas salivales</i>	4	1,15%
24. <i>Síndrome de Sjogren</i>	4	1,15%
25. <i>Neoplasias benignas de los maxilares</i>	3	0,86%
26. <i>Queilitis</i>	3	0,86%
27. <i>COCE</i>	3	0,86%
28. <i>Lupus</i>	2	0,58%
29. <i>Otras</i>	2	0,58%
30. <i>Penfigoide oral de las membranas mucosas</i>	2	0,58%



31. Gránulos de Foredyce	1	0,29%
32. Lesiones por VHS	1	0,29%
TOTAL	347	100,00%

Tabla 5. Tabla de frecuencias y porcentajes de todas las enfermedades encontradas

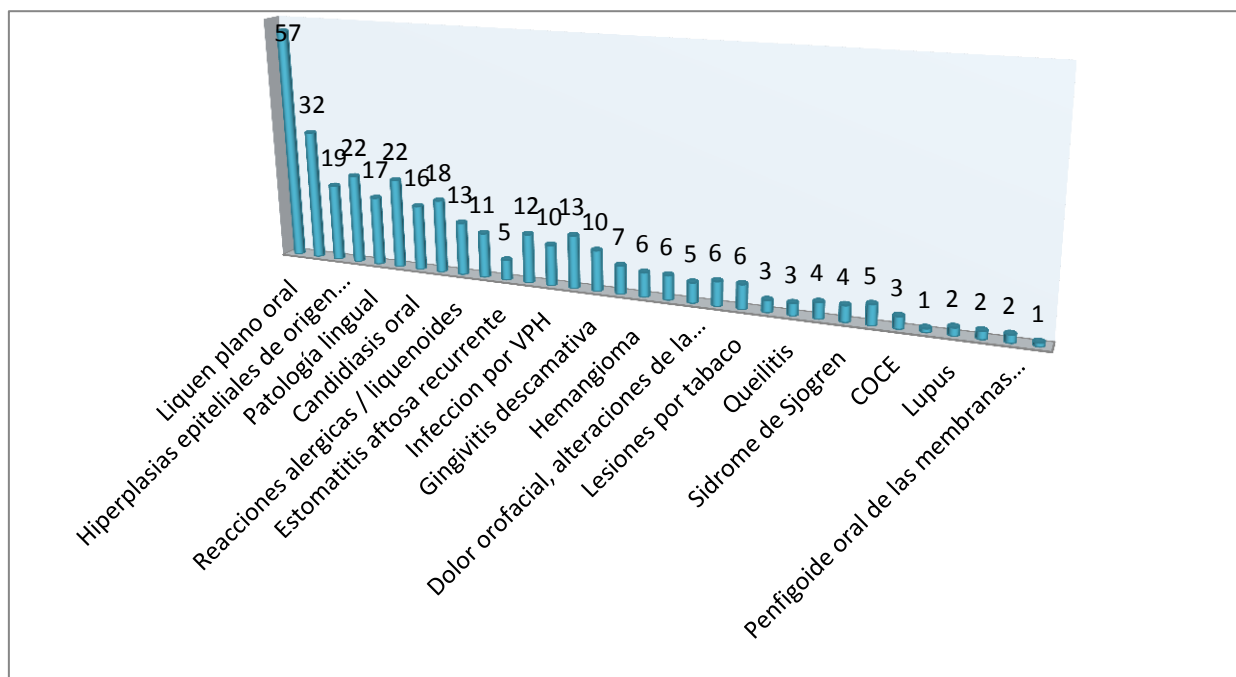


Tabla 6. Diagrama de las frecuencias de las diferentes enfermedades estudiadas.

Las enfermedades más prevalentes fueron el LPO, la leucoplasia y el síndrome de boca ardiente (SBA). A continuación se exponen según los sexos la distribución de las frecuencias de las ocho enfermedades estudiadas más prevalentes (Tabla 7 y 8).

<i>PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES SEXO FEMENINO</i>	
<i>Liquen plano oral</i>	43
<i>Síndrome de boca ardiente</i>	19
<i>Leucoplasia</i>	17
<i>Lesiones por trauma</i>	14
<i>Hiperplasias epiteliales de origen inflamatorio</i>	12
<i>Candidiasis oral</i>	12
<i>Patología lingual</i>	11
<i>Gingivitis descamativa</i>	10

Tabla 7. Patologías más frecuentes en el sexo femenino.



PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES SEXO MASCULINO	
<i>Liquen plano oral</i>	17
<i>Leucoplasia</i>	15
<i>Neoplasias benignas de los tejidos blandos</i>	10
<i>Lesiones por trauma</i>	8
<i>Hiperqueratosis friccional</i>	8
<i>Hiperplasias epiteliales de origen inflamatorio</i>	7
<i>Patología lingual</i>	6
<i>Reacciones alérgicas / liquenoides</i>	5

Tabla 8. Patologías más frecuentes en el sexo masculino.

Se puede observar que tanto en hombres como en mujeres la enfermedad oral más prevalente es el LPO, sin embargo en los hombres la leucoplasia ocupa la segunda posición, mientras que en las mujeres el SBA es la segunda enfermedad más prevalente. Esto podría explicarse por los hábitos y conductas masculinas, que promueven que aparezca con más frecuencia la leucoplasia, como el hábito tabáquico, mientras que en las mujeres, por sus características emocionales y fisiología, es más fácil explicar que el SBA ocupe la segunda posición. En los hombres se observa que no aparece esta patología entre las más prevalentes según sexo, con lo que se puede determinar que es una enfermedad casi exclusiva de mujeres y coincide con lo que ya conocemos de esta compleja entidad.

Para la mejor comprensión y estudio de nuestros resultados, hemos analizado con tablas muy sencillas las 10 primeras patologías más frecuentes, reflejando en las tres primeras la distribución por sexos, ya que es donde el patrón sexual es más interesante y más susceptible de ser analizado.

Para comenzar, el LPO (Tabla 9), es una enfermedad crónica autoinmune mucocutánea mediada por linfocitos T que afecta al tejido epitelial estratificado escamoso. La edad típica de presentación según los estudios más amplios la sitúa entre



los 30-60 años, siendo más común en mujeres que en hombres. Nuestros datos, confirman el patrón epidemiológico, observándose mayor prevalencia en mujeres y una afectación mayor entre los 39-69 años de edad. El LPO se observó en un 28% de los hombres y en un 72% de las mujeres. De todos los casos observados de LPO, (60), 15 fueron reportados como Liqueen plano oral, atrófico-erosivo. Y de estos 15, 2 presentaron en el momento de la biopsia displasia moderada. (Tabla 9). Además un 42% de los casos de LPO, se presentaron asociados a gingivitis descamativa.

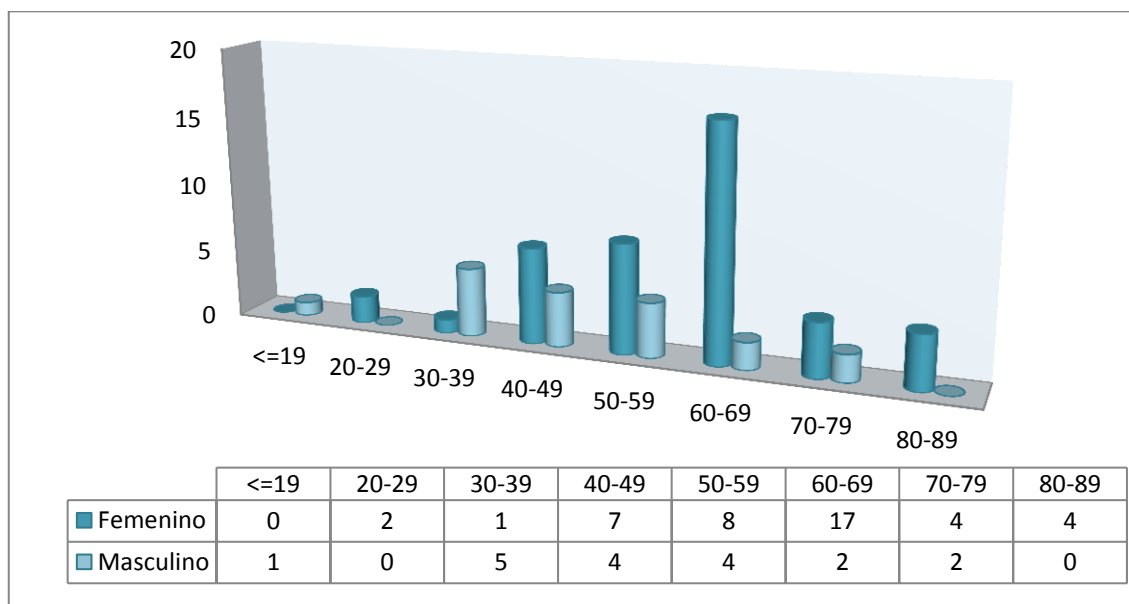
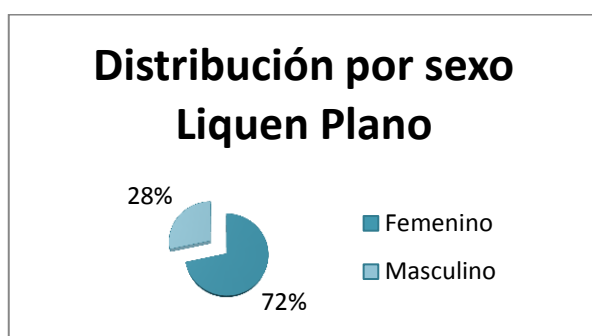


Tabla 9. Histograma de Liqueen plano oral (17.29% del total de la muestra)

La leucoplasia se define como una placa blanca, que no puede ser caracterizada, clínica o patofisiológicamente, como otra enfermedad, (7). Su etiología es desconocida.



Y es realmente importante realizar un buen control de estas lesiones por ser una entidad recogida dentro de las lesiones potencialmente malignas. En este estudio, se ha encontrado mayor prevalencia de estas lesiones en mujeres con respecto a los hombres, siendo casi la mitad de leucoplasias en hombres y en mujeres, es decir siguen una tendencia que parece igualarse. Quizá porque determinados hábitos relacionados con esta entidad, como el tabaco, ya son costumbre de ambos sexos y no casi exclusivo de los hombres, como hace años, cuando la leucoplasia se clasificaba como una entidad propia del sexo masculino (Tabla 10).

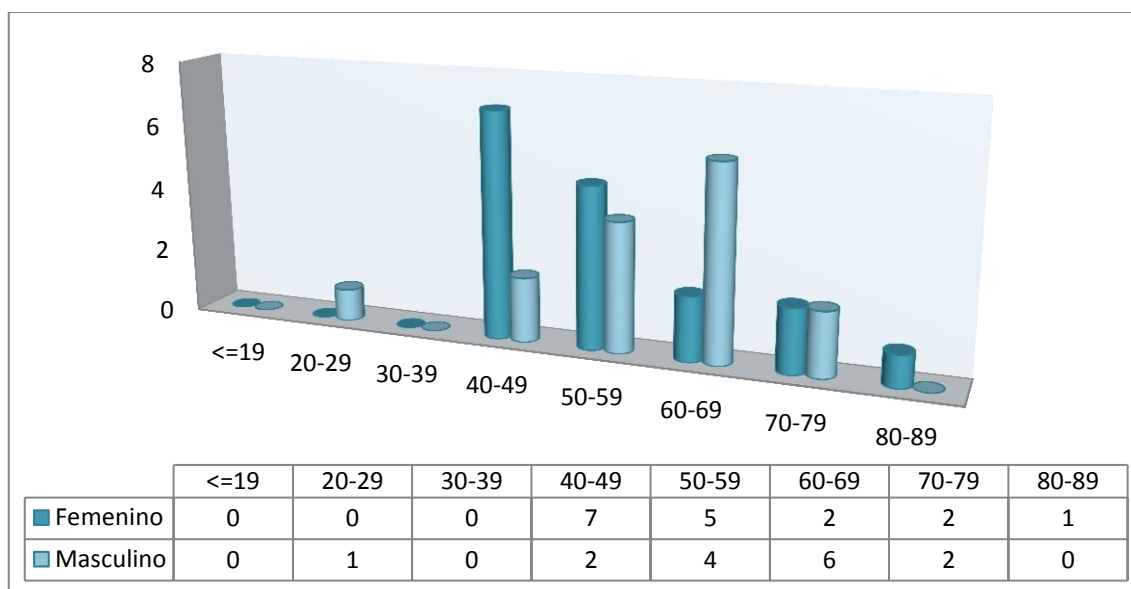
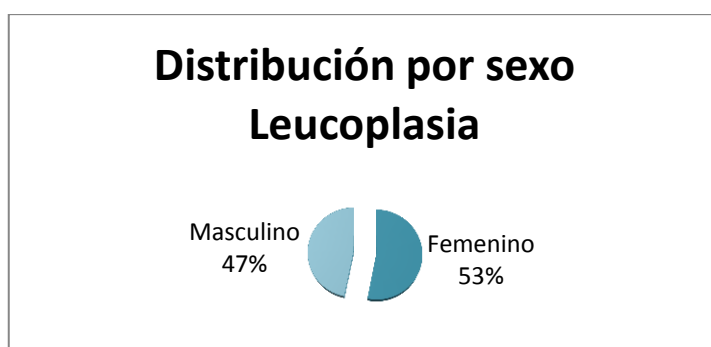


Tabla 10. Histograma de frecuencias de Leucoplasia (9.22% del total de la muestra)



El SBA es una entidad compleja, que se caracteriza por presentar una clínica de dolor, y ardor bucal, concentrado en la lengua y labios principalmente, en ausencia de signos clínicos evidenciables(13). En nuestro estudio la distribución encontrada se correlaciona con la evidencia encontrada. El 70% de mujeres presenta esta enfermedad, con respecto al 30% de varones y su incidencia aumenta con la edad. En este Departamento es especialmente frecuente su diagnóstico porque se han desarrollado numerosos trabajos en esta línea, además de haber profundizado en el estudio de esta entidad, por lo que somos el centro de referencia para su manejo y control, (Tabla 11).

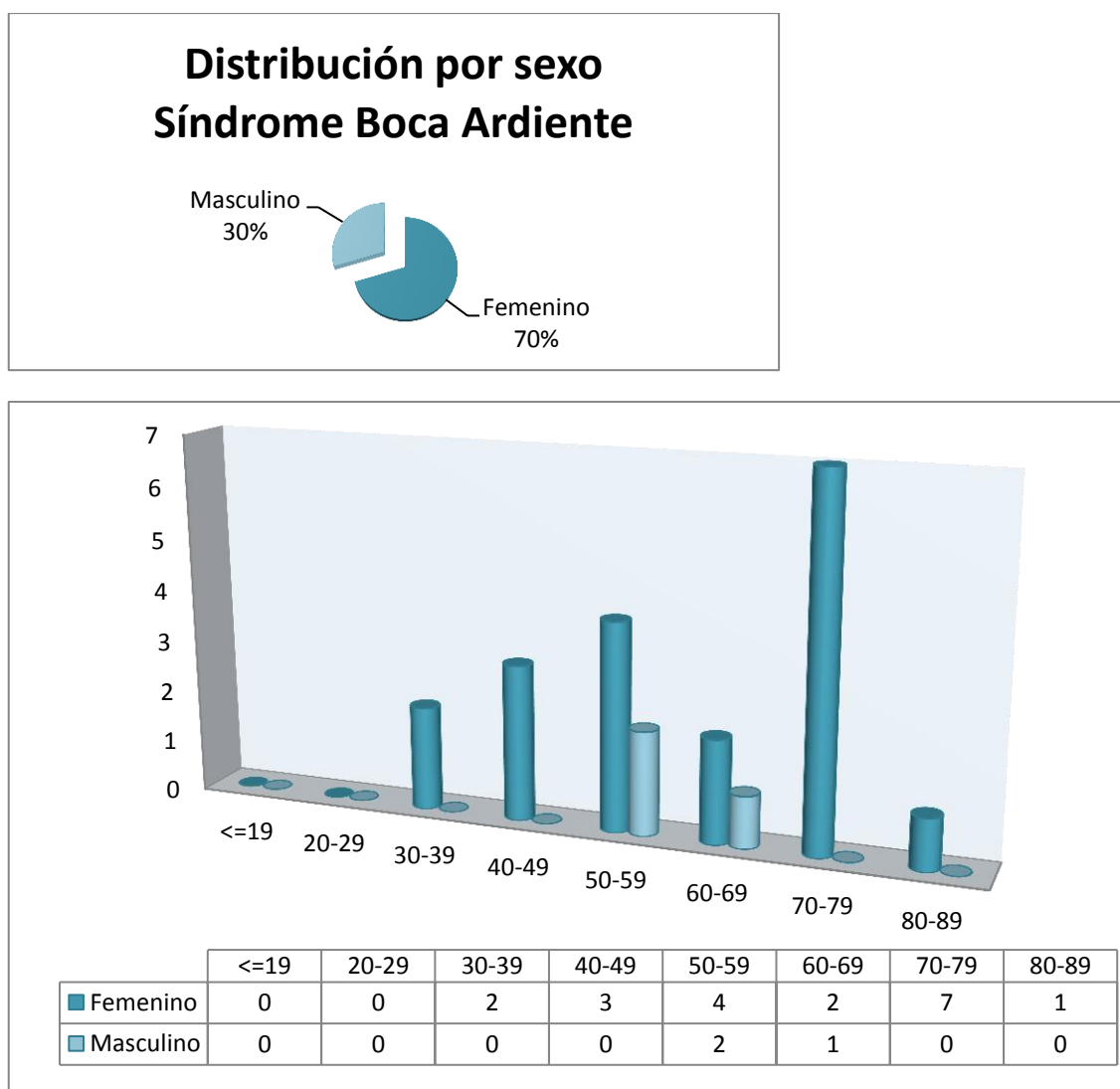


Tabla 11. Síndrome de boca ardiente (6.34% del total de enfermedades estudiadas)



En cuanto a las lesiones por traumatismo, en la cuarta posición en cuanto a prevalencia, en nuestro estudio, tienen una distribución más variada. Se encuentran más casos por debajo de los 30. Y la incidencia por sexos esta igualada. Quizá esta distribución pueda explicarse, entendiendo que los jóvenes y adolescentes son más frecuentemente subsidiarios de tratamientos ortodóncicos, al igual que los adultos de prótesis oral, lo que en ambos casos, justifica los traumatismos habituales en la cavidad oral, (Tabla 12).

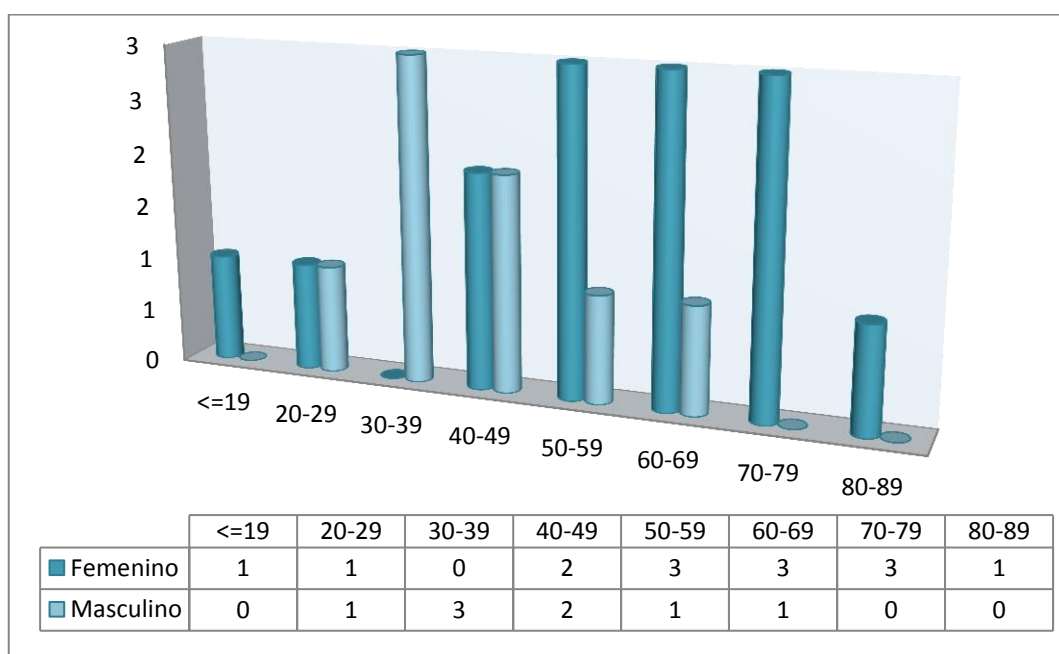


Tabla 12. Lesiones traumáticas (6.34% del total de lesiones estudiadas)

En quinta posición, de prevalencia, nos encontramos con las hiperplasias epiteliales de origen inflamatorio, grupo en el que están incluidas todas aquellas lesiones que se han diagnosticado como: Granulomas gingivales y épulis fisuratum. Este grupo amplio, no tiene un patrón definido de distribución, pero se puede observar como los grupos de edad más afectados son los rangos comprendidos entre los 20-29 y 60-69, es decir,



encontramos dos picos de incidencia. Además hay mayor afectación en mujeres que hombres, (Tabla 13.)

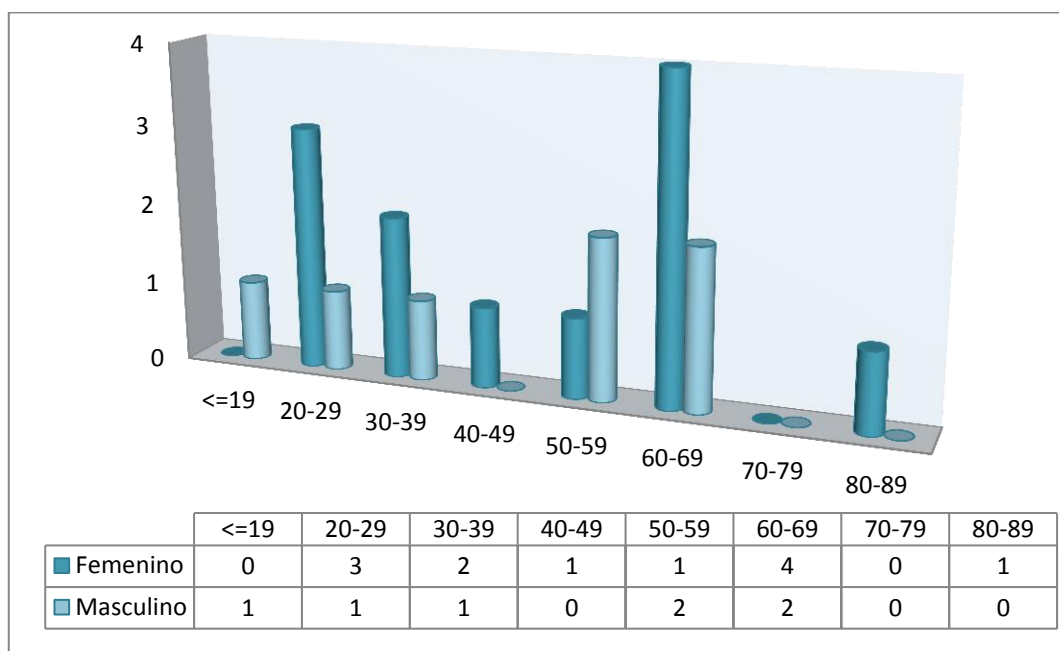


Tabla 13. Hiperplasias epiteliales de origen inflamatorio (5.48% del total)

En el grupo de neoplasias benignas de los tejidos blandos, se han incluido las lesiones diagnosticadas como diapneusia, fibroma y lipoma. Dentro de las hiperplasias epiteliales, la que se dio con mayor frecuencia fue la diapneusia, seguida del lipoma y a continuación el fibroma. En este caso la afectación de hombres y mujeres es por igual, un 50% para cada grupo. Si bien es cierto que el mayor pico de incidencia lo encontramos entre los 30-50 años, siendo precisamente este rango, el que mayor afectación masculina presenta, (Tabla 14).

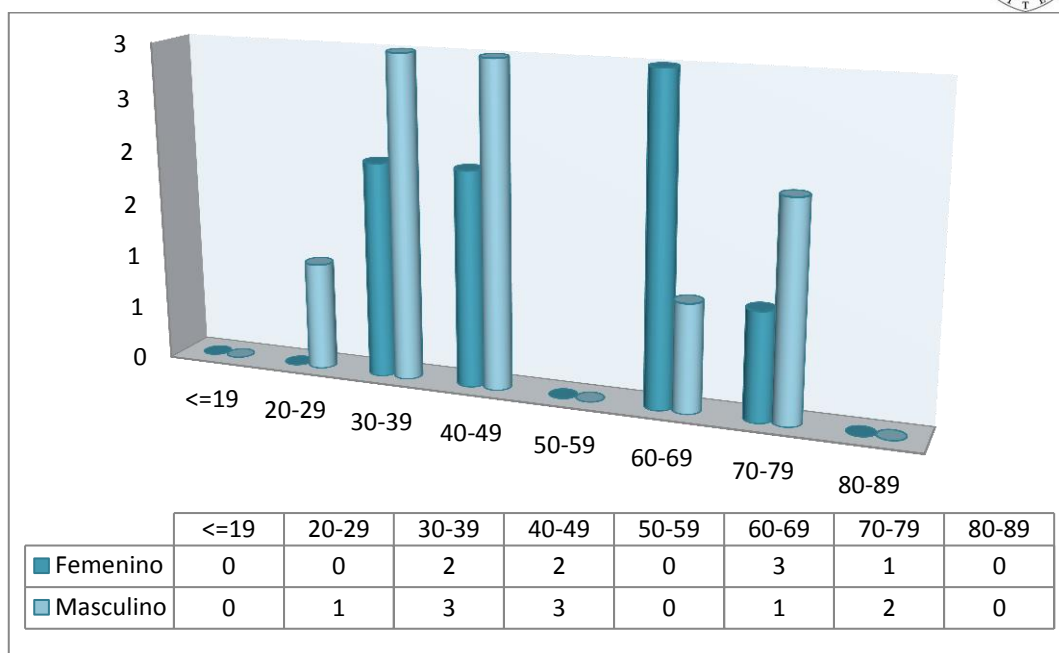


Tabla 14. Neoplasias benignas de los tejidos blandos (5.19% del total)

El 4.90% de la patología estudiada, se define como patología lingual. En este grupo se incluyen diversas enfermedades con asiento en la lengua, entre ellas se han observado los siguientes casos unificados en este apartado: lengua vellosa negra (1), lengua saburral (3), lengua escrotal (1), lengua fisurada (5), glositis media romboidal (1), lengua geográfica (6), indentaciones linguales (2), depilación lingual (1) y papilitis foliada (2). Es un grupo muy amplio, en el que se encuentra que el sexo femenino tiene mayor prevalencia de estas enfermedades con respecto al masculino. Su mayor frecuencia de aparición se observa entre los 50-69 años de edad (Tabla 15).

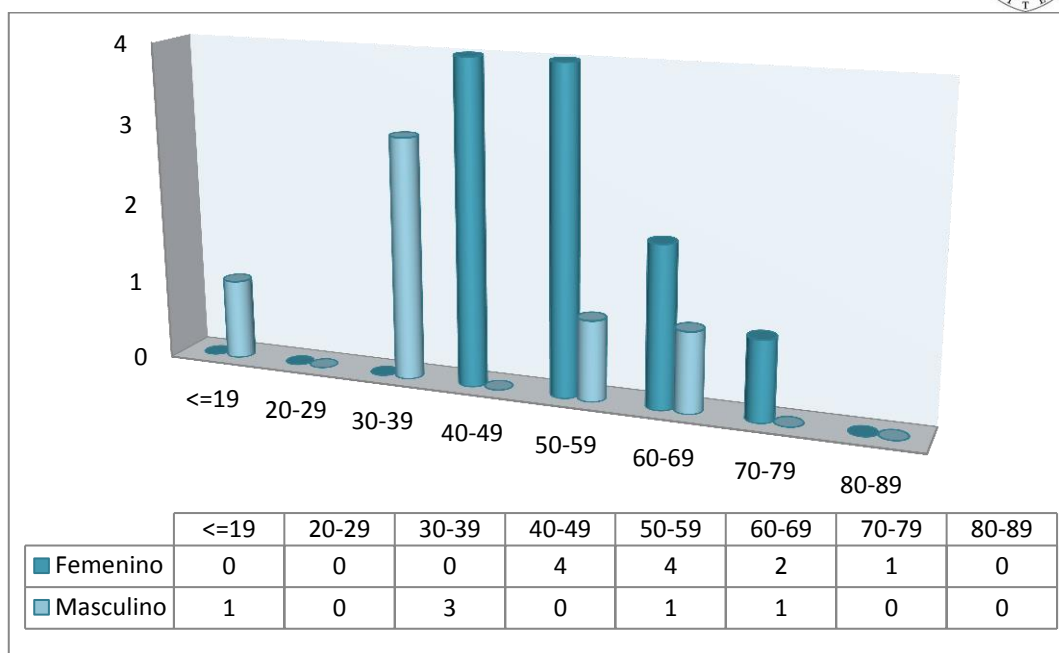


Tabla 15. Patología lingual (4.90% del total)

Las infecciones fúngicas, vienen representadas por la candidiasis oral, como cuadro exclusivo observado dentro del grupo de estas infecciones. Se aprecia que sus mayores picos de incidencia se asientan entre los 50-70 años, siendo la sexta y séptima décadas de la vida las más afectadas, y con una incidencia en el sexo femenino superior a la del sexo masculino, teniendo fácil interpretación estos resultados, debido a que esta entidad oportunista, desarrolla sus procesos con mayor prevalencia en portadores de prótesis, por ello la mayoría de cuadros recogidos dentro de este grupo pertenecen a estomatitis protésica subplaca, (Tabla 16).

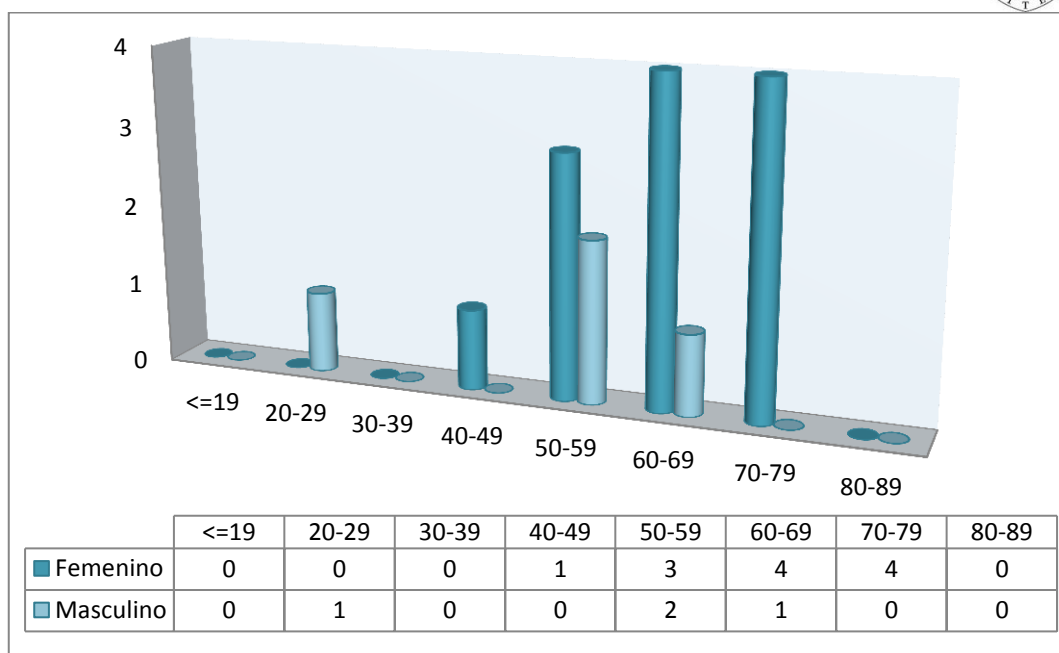


Tabla 16. Histograma de frecuencias de Candidiasis Oral (4.61% del total)

Las reacciones alérgicas / liquenoides, se han recogido con un 4.03% de prevalencia en esta muestra. Dentro de estas reacciones alérgicas, encontramos las reacciones a las resinas de las prótesis, al níquel y a elementos de las pastas dentífricas. Las reacciones liquenoides se recogen conjuntamente en este cuadro, por la etiología compartida. Hay mayor afectación femenina con respecto a los varones y una distribución variada por edades, sin un patrón específico. Dentro de este mismo grupo las reacciones liquenoides fueron más prevalentes que las alérgicas en 1,33 veces más, (Tabla 17.)

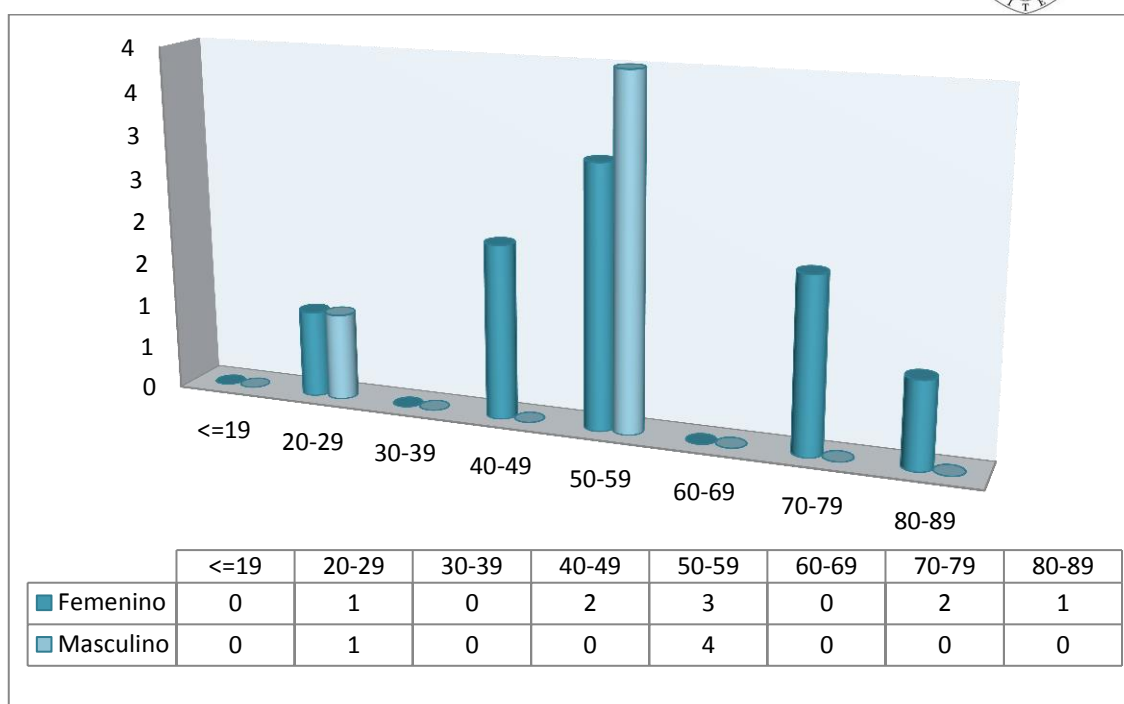


Tabla 17. Reacciones alérgicas / Liquenoides (4.03% del total)

En última posición dentro de las diez enfermedades más prevalentes se contemplan las enfermedades periodontales (3.75%), grupo en el que se incluyen, las gingivitis, las periodontitis, las gingivitis de células plasmáticas, la gingivitis ulcero necrotizante y un caso de agrandamiento gingival medicamentoso. Se utilizó como referencia para agrupar correctamente este grupo el estudio de Matesanz-Perez y cols de 2008, (14). Se puede observar que el pico de mayor incidencia se encuentra en la tercera década de la vida, con una distribución sexual prácticamente igualada, siendo ligeramente superior la incidencia en mujeres que en varones, (Tabla 18.)

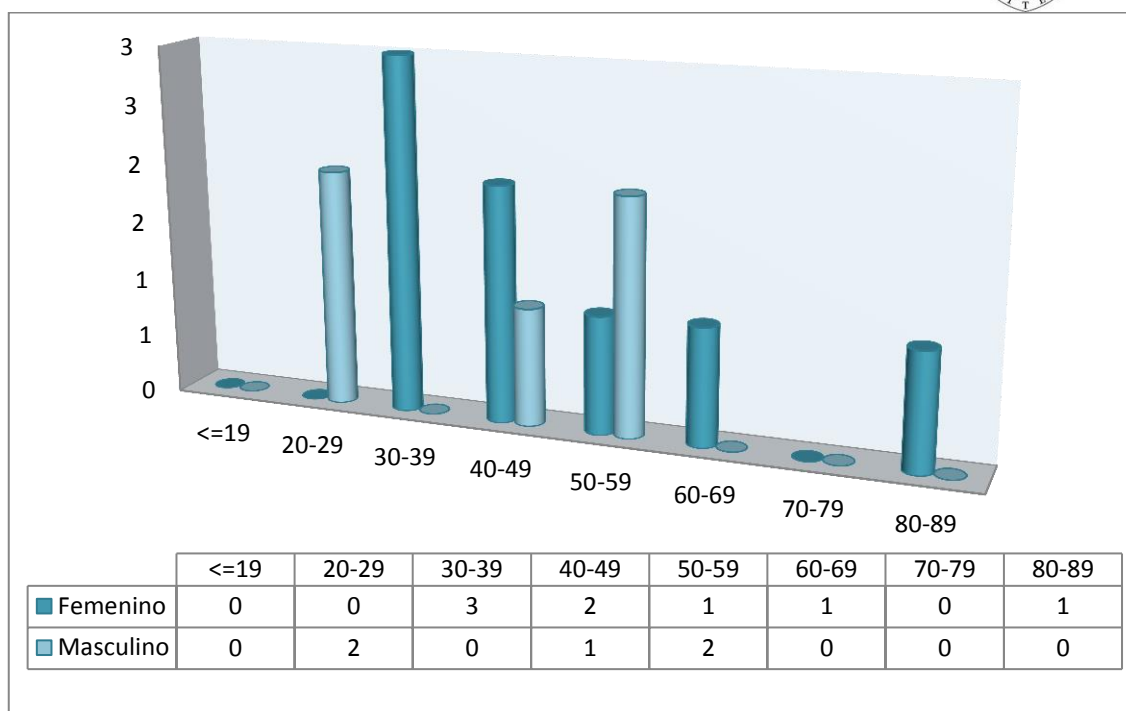


Tabla 18. Enfermedades periodontales (3.75% del total)



6. **DISCUSIÓN:**

Como ya se comentó en la justificación de este trabajo, los estudios de prevalencia son indispensables para establecer protocolos de actuación y conocer las necesidades de tratamiento de una población. Debido a la limitación en la disponibilidad de recursos para realizar este tipo de estudios epidemiológicos, no existe una metodología establecida para llevarlos a cabo, lo que complica la comparación entre las diferentes poblaciones (3). La influencia de variables como la raza, la edad, el sexo, y los hábitos de vida, entre otros, dificulta que los datos sean extrapolables.

En nuestro estudio, se incluyen un total de 305 historias clínicas de pacientes que fueron atendidos en el Título Propio de Especialista en Medicina Bucal, 115 hombres y 190 mujeres. Todos estos pacientes presentaban distintas patologías, en la mayoría de casos más de una patología por paciente, lo que nos lleva al estudio de un total de 347 patologías observadas.

Es comprensible encontrar pocos estudios de patología oral general, por la dificultad de obtener muestras representativas. Si bien es cierto, hay gran cantidad de estudios en el campo de la medicina bucal, pero centrados en patologías concretas, como las lesiones potencialmente malignas o la epidemiología del COCE. Si no nos encontramos en un centro de asistencia sanitaria grande, es difícil que podamos obtener muestras amplias para estudiar. Además la falta de entrenamiento de muchos odontólogos, complica que se diagnostiquen gran cantidad de patologías, que pasan desapercibidas, hasta que no se derivan a especialistas. En este caso el TPMB, cuenta con promociones anuales de futuros especialistas, y un equipo completamente formado y entrenado, detrás de cada aspirante, lo que hace que desde fuera, el TPMB sea un referente de



calidad, para los profesionales externos que no saben cómo enfrentarse a una lesión desconocida, es por esto, que encontramos que la mayoría de los pacientes atendidos, provienen de clínicas privadas externas. Al encontrar que a nivel público no hay centros para el diagnóstico de estas patologías, exceptuando los servicios de cirugía maxilofacial y exclusivamente el servicio de estomatología del Hospital Gregorio Marañón de Madrid, colapsados por la elevada carga asistencial que acumulan, los pacientes no encuentran una referencia sencilla, para acudir en caso de encontrarse una lesión, ni una vía rápida, para poder ser diagnosticados, si no es en el ámbito privado, donde a veces, no encuentran el diagnóstico acertado. En este sentido sería conveniente reflexionar sobre la importancia de crear más servicios de atención estomatológica, publica, enfocados al diagnóstico de la patología bucal, accesibles para todos los pacientes, ya que se encuentra una elevada incidencia de determinados procesos que hoy en día se consideran lesiones potencialmente malignas, como el LPO, las cuales deberían tener un diagnóstico y seguimiento adecuados, en centros públicos no masificados, y para ello deberían crearse más.

La calidad del TPMB, se puede objetivar, ya que el 98.83% de las biopsias coincidieron en sus resultados, con los diagnósticos de presunción de los especialistas que las planificaron. Esto quiere decir dos cosas. En primer lugar, que la sensibilidad de los especialistas que se forman en el TPMB, es elevada, y que el diagnóstico clínico, con la confirmación de una biopsia, siguen siendo el método clásico, más importante del que pueden proveerse los especialistas en medicina oral. Esto significa que las nuevas técnicas de diagnóstico en medicina oral, desarrolladas en los últimos años, y que han pretendido igualar, el adiestramiento clínico, o la calidad diagnóstica del especialista, y



evitar la biopsia, no son tan eficientes, con resultados tan óptimos a un coste tan bajo..

Algunas de estas técnicas son:

- 1) El “Vizlite”, basado en la quimioluminiscencia de la mucosa bucal dañada. La mucosa oral se enjuaga con solución de ácido acético y las áreas sospechosas de ser neoplásicas aparecen como “acetoblancas” al iluminarlas con Vizlite®. Si bien el método es atractivo, no ha podido demostrar que sea superior al examen oral convencional, (15).
- 2) El VELscope®, apoyado en la reactividad a la luz fluorescente de la mucosa. En teoría, las alteraciones tisulares aún incipientes y clínicamente no sospechosas (displasia severa y carcinoma *in situ*) cambian la fluorescencia tisular, la cual se traduce en un cambio de color de la mucosa bucal al ser iluminada por este tipo de fuente: las lesiones sospechosas aparecen oscuras en relación con la mucosa sana. En estudios iniciales, este método ha demostrado tener una sensibilidad del 98 % y especificidad de 100 % para diferenciar displasia de carcinoma, pero no son concluyentes los resultados, (15).
- 3) Citología exfoliativa, parece demostrar que tiene buenas aplicaciones para la citomorfometría, técnicas de ADN, y análisis molecular, pero no termina de instaurarse como un método diagnóstico capaz de desplazar a las técnicas convencionales de examen oral, y biopsia, en medicina oral, (16).

De los 305 pacientes atendidos en el TPMB, la distribución según las edades se analiza en la tabla que se presenta a continuación, (Tabla 19.). La incidencia de casos, dentro de cada rango de edad considerado, es mayoritariamente del sexo femenino, salvo en el de menor o igual a 19 años, en el que se distribuyen por igual y en el de 30 a 39 años, donde predominan los casos en el sexo masculino, un 56% frente al 44% de



casos del sexo femenino. El mayor porcentaje de casos del sexo femenino, 91%, ocurre en el rango de edad de 80 a 89 años lo que podría relacionarse con la mayor esperanza de vida de las mujeres, pero también con la mayor incidencia de SBA, que se proclama como una patología, prácticamente exclusiva del sexo femenino. Por último, en general, el mayor porcentaje de pacientes atendidos se corresponde con el grupo de edad de 60 a 69 años, con un 23% sobre el total de pacientes. Estos datos se correlacionan con los datos analizados por otros estudios como el de Calleja y cols. en 2011.

	<=19		20-29		30-39		40-49		50-59		60-69		70-79		80-89		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	TOTAL
Femenino	3	50	12	57	15	44	38	66%	34	52%	49	70	29	73	10	91	190
Masculino	3	50	9	43	19	56	20	34	31	48	21	30	11	28	1	9	115
TOTAL	6	100	21	100	34	100	58	100	65	100	70	100	40	100	11	100	305
%	2,0		6,9		11,1		19,0		21,3		23,0		13,1		3,6		100

Tabla 19. Incidencia de casos dentro de cada rango de edad

De los estudios epidemiológicos más importantes que encontramos, tenemos el publicado por Bouquot y cols. en 1986, en el que se realizó un estudio sobre 23.616 individuos pertenecientes a la población blanca estadounidense. En esta población se observó que un 10% presentaba al menos una lesión. Para Bouquot y cols. la lesión más prevalente eran las lesiones exofíticas, que para nuestro estudio contemplarían la unión de las hiperplasias epiteliales de origen inflamatorio y las neoplasias benignas de los tejidos blandos, esto formaría un total de 10.67% de todas las lesiones estudiadas en el TPMB, muy por debajo del 37.4% de Bouquot, (17). Estos resultados distintos se deben sin duda a la diferencia de las muestras. Sin embargo Bouquot coincide en nuestros resultados, con la leucoplasia como segunda entidad más prevalente, pero no la más frecuente en hombres, como postula en sus resultados, que al ser antiguos (1986), no



siguen la tendencia actual. Este último cambio es comprensible por los hábitos masculinos, que poco a poco han ido adquiriéndose en el colectivo femenino, como el hábito tabáquico, (18).

En Méjico, Castellanos y cols. (19), llevaron a cabo un estudio sobre 7.297 pacientes observados en el Departamento de Medicina Oral de la Facultad de Odontología. Las edades observadas comprendían desde los 15 hasta los 97 años. Estos autores encontraron que las lesiones más prevalentes fueron las blancas, seguidas de las lesiones rojas y por ultimo las ulceradas. La mayoría de estas lesiones está asociada a factores irritativos crónicos. Los datos de Castellanos, concluían en que existía mayor incidencia en hombres que mujeres, pero que patologías como el leucoedema y el eritema traumático, eran predominantemente patologías con incidencia femenina.

Moret y cols (2), en Venezuela realizan un estudio retrospectivo, analizando 2.251 historias clínicas en la Facultad de Odontología de Venezuela. En ellas se encontraron que la patología más frecuente era la leucoplasia con un 15.2% de prevalencia. Además las hiperplasias fibrosas y el fibroma se encontraban con un 12,8% y un 10,5% respectivamente de prevalencia, Moret coincide con nuestros resultados, en que el sexo femenino es el más afectado por la patología oral, en un 68,6%, muy aproximado a nuestros resultados (62,3%).

Un estudio muy interesante realizado por Ali y cols. en la Universidad de Kuwait, en 2013, (11), examina a 530 pacientes de los cuales 308 presentaban patología de algún tipo, analizándose 570 patologías finalmente. Para estos autores las lesiones blancas eran las más prevalentes con un 47.7%, seguidas por las pigmentadas (20%), las exofíticas (18.9%), las misceláneas (5.3%), las rojas (4.4%) y las ulcerativas (3.7%). Es difícil que podamos comparar este estudio con el nuestro porque partimos de una



dificultad esencial, y es que los pacientes son examinados desde el inicio, con unos criterios diagnósticos unificados, y se han historiado y examinado protocolizadamnte. Los estudios retrospectivos, como el nuestro, cuentan con la desventaja de no estar estandarizados, y aunque forman parte de un mismo departamento, que emplea unas historias clínicas similares, no se sistematiza la forma de recopilar los diagnósticos, por lo que a la hora de agruparlos y analizarlos es más complejo, es decir, en nuestro trabajo, las lesiones se han recogido intentando adaptarse a la heterogeneidad de los diagnósticos encontrados, no los hemos recopilado por el color de la lesión o la forma, como hacen estos autores, pero sí que podríamos decir que coincidimos en algunos de sus resultados, ya que el LPO y la leucoplasia son lesiones blancas, si contamos con las hiperqueratosis friccionales de nuestra tabla, tenemos un cómputo total de lesiones blancas que estima un 30%, un valor muy aproximado al que estos autores publican en sus resultados. Sin duda en lo que sí se puede comparar nuestro estudio, es en la edad de los pacientes que presentan más patología. Para Ali y cols. los pacientes más afectados son los mayores de 40 años, precisamente coincidiendo con nuestros resultados (Tabla 20), lo que nos hace pensar que independientemente de la raza, la etnia o el sexo, realmente las enfermedades orales afectan con mayor incidencia a la edad adulta, y aumentan su frecuencia, con la edad.

	Nº total	%	Edad media	Edad máxima	Edad mínima
Femenino	190	62	55	86	14
Masculino	115	38	50	82	14
TOTAL	305	100	53	86	14

Tabla 20. Edad media de afectación en nuestro estudio, en el TPMB.



Con respecto a la edad, un trabajo muy importante publicado en España, y realizado en la Universidad de Oviedo, en una población infantil de 6 años, nos hace reflexionar sobre la patología oral pediátrica, y que a pesar de que las enfermedades orales tengan tendencia clara a aparecer en la edad adulta, a partir de la cuarta década, los pacientes infantiles no están exentos de ser subsidiarios de alguna lesión. Para Vallejo y cols. (10), el número de lesiones observadas fue de 344 en 243 niños. La más frecuente fue la lengua saburral con un 16.02% de prevalencia, seguido de lesiones traumáticas (12.17%) y la lengua geográfica (4,48%). La prevalencia de la estomatitis aftosa fue de 2.24% y del herpes labial 1.16%. La anquiloglosia en un 2.08% y el frenillo labial hipertrófico en el 1.28%.

Como se puede observar todos los estudios cuentan con más patologías que pacientes o historias clínicas revisadas. Esto debería hacernos reflexionar sobre la importancia de explorar absolutamente toda la cavidad oral, en todas sus regiones, sin descartar otros puntos, porque ya hayamos encontrado alguna lesión. Es decir, las revisiones exhaustivas, deben comprender toda la cavidad oral, pues se demuestra en todos los estudios, incluido el nuestro, la existencia de más de una patología en el mismo individuo. En nuestro trabajo un 13.7% de los pacientes presentaba más de una lesión, y de estos un 3.5% hasta cuatro lesiones concomitantes.

Es importante resaltar que en la revisión previa, realizada, para la elaboración de este trabajo, hemos encontrado numerosos estudios epidemiológicos en el terreno del COCE, y de las lesiones potencialmente malignas. Por ello, y aunque nuestro trabajo no pueda compararse con ninguno de ellos, sí que es correcto remarcar la importancia de historiar correctamente a los pacientes, incluyendo los hábitos de los mismos. Un artículo publicado en 2005 por Warnakulasuriya y cols. (20), refleja exclusivamente la



relevancia que tiene el tabaco en el desarrollo de procesos patológicos en la cavidad oral, y en concreto, el COCE. Sin duda para estudios posteriores sería muy interesante contar con una muestra completa, en la que se conozca la proporción de fumadores con respecto a no fumadores, por la relevancia clínica que esto puede tener, y la posibilidad de relacionar el tabaco con otras entidades patológicas que aún no estén completamente demostradas. También puede ser beneficioso, para recordarle al paciente, como profesionales de la salud, las complicaciones que puede conllevar el hábito que desarrolla. Si no se pregunta, el paciente da por hecho que no es relevante, y no lo cuenta, pero tampoco cambia su hábito, y quizá desde el punto de vista preventivo, también puede ser importante historiar correctamente a los pacientes, como reflejan gran cantidad de estudios (8).

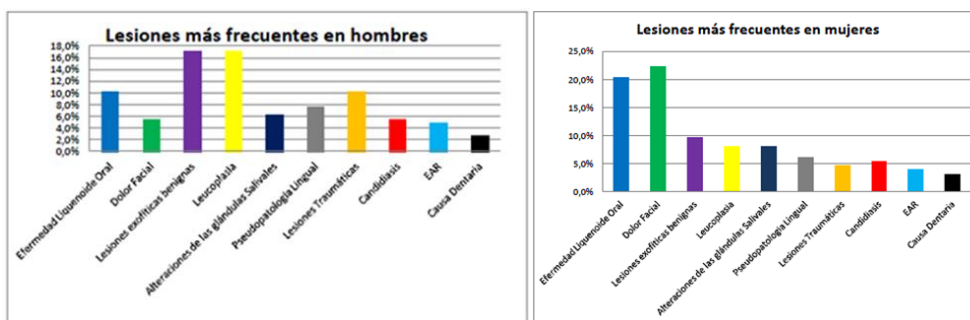
Es importante remarcar el estudio de Chiang y cols. en 2014, (12), que acaba de publicarse, realizado en el Hospital Universitario de Taiwan, sobre una muestra de 2.050 pacientes, explorados desde enero de 2003 hasta diciembre de 2007. Lo más curioso de este estudio es que la enfermedad más prevalente encontrada fueron los gránulos de Foredyce (82.2%), seguidos de las exostosis mandibulares y las varices linguales. Sin duda, sería interesante revisar que protocolos emplean para el diagnóstico de las patologías orales, o continuar investigando en esta línea para determinar si los Gránulos de Foredyce son una patología endémica en Taiwan, ya que en nuestro estudio ocupan un 0.29% del total de las patologías analizadas.

Para finalizar en la línea de los estudios epidemiológicos, similares realizados con anterioridad, recordamos el publicado por Sixto y cols. en 2012 (21), en Galicia y el realizado por Calleja y cols. (3), en el mismo año en la facultad de Odontología de la Universidad Complutense de Madrid. Los resultados obtenidos por Sixto, determinaron



que la lesión más frecuente era el quiste radicular (16,7%), seguido de la leucoplasia (15,5%), y el liquen plano (14,1%). Calleja por otro lado obtiene que el LPO es la patología más frecuente (12.3%), seguida del SBA (11.3%) y la leucoplasia oral (11.02%). Con estos resultados podemos ver como en la Facultad de Odontología de la Universidad Complutense de Madrid, los resultados son prácticamente similares, ya que siguen una tendencia igual. Quizá los casos de SBA son mayores en nuestro departamento por la gran cantidad de pacientes con este problema que son derivadas a nuestros especialistas, ya que es una entidad ampliamente estudiada en el Departamento. Quizá nuestros resultados discrepen con los encontrados en Galicia, porque se apliquen otros protocolos en la recogida de datos, pero fundamentalmente, porque en el TPMB, el paciente llega ya tratado y revisado por su odontólogo general privado, o de otros departamentos de la misma Facultad, donde los quistes radiculares son diagnosticados o por los endodoncistas o por los cirujanos, por lo que nunca llegan a ser un diagnóstico primario nuestro, y por tanto nuestros resultados discrepen tanto. Por otro lado sí que coincidimos en los datos correspondientes a la leucoplasia y al LPO.

En cuanto a la distribución por sexos Calleja plantea dos tablas (tabla 21,22), en las que nuestros resultados no coinciden. Para Calleja la enfermedad más prevalente en el sexo femenino es el dolor orofacial (SBA), seguido del LPO y de las lesiones exofíticas benignas. En los hombres las lesiones exofíticas benignas, son las más prevalentes seguidas de la leucoplasia y del liquen plano oral. Para nosotros la prevalencia de LPO es la primera enfermedad tanto en mujeres como hombres, siguiendo una distribución completamente distinta de la que se plantea por Calleja en 2011.



Tablas 21. y 22. Las 10 lesiones más frecuentes en mujeres y hombres (3)

Otro tipo de estudios que si se han realizado con más frecuencia, son los estudios de patología oral en pacientes con una enfermedad de base. Entre ellos encontramos el estudio de Souza y cols. de 2011,(22), en el que se valoraban a 146 pacientes con diabetes mellitus tipo II (DM II), determinándose que existe una mayor prevalencia de enfermedades orales en estos pacientes, con respecto a los pacientes control, pero en concreto mayor porcentaje de lesiones potencialmente malignas, como la queilitis actínica en un 25.3%, seguido de la leucoplasia en un 2.7%, el liquen plano oral en un 6.1% y la palatitis nicotínica en un 2%. Esto debería tenerse en cuenta, ya que la mayoría de nuestros pacientes, en el estudio, son adultos, y de ellos un porcentaje elevado desarrolla las enfermedades orales a partir de la quinta década de la vida, rango de edad, donde podría situarse el inicio de una DM II. ¿Podrían ser determinadas patologías orales, marcadores de la enfermedad?, ¿Deberíamos tener más cuidado con los pacientes diabéticos que desarrollan lesiones potencialmente malignas, por su predisposición de base a estas enfermedades?, ¿Cuántos de nuestros pacientes revisados, ante una patología oral, pueden estar enmascarando una DM II? Según este estudio condiciones como la lengua fisurada, la lengua escrotal, las varices linguales, y las pigmentaciones melánicas, además de la glositis media romboidal, son las patologías



más frecuentes en el enfermo diabético, y deberían analizarse con precaución, cuando no atienden a una etiología clara.

Otro estudio en la misma línea pero en pacientes con Demencia Senil, en Turquía, con respecto a un grupo control. En concreto pacientes con Alzheimer, entre otras demencias, fueron estudiados para determinar la frecuencia de patología oral que se podía encontrar. Los autores encontraron que la macroglosia, las queilitis angulares y la estomatitis subplaca (candidiasis oral), eran las tres entidades más frecuentes en estos pacientes, (23). Es por esto, que pensamos que en la distribución de las enfermedades orales, no solo intervienen variables conocidas como la raza, la edad o el sexo, sino que además procesos sistémicos, pueden hacer variar completamente la frecuencia de aparición de las lesiones orales, por ello se debería plantear en un futuro, realizar estos protocolos de epidemiología, analizando además el estado de salud sistémico del que partimos con el paciente que exploramos, porque según estas características, la prevalencia cambia.

En la Facultad de Odontología, existe un estudio muy interesante realizado, para determinar la patología oral en pacientes trasplantados renales, los resultados del estudio recogen que (24):

- Los pacientes trasplantados renales tratados con inmunosupresores tienen una mayor prevalencia de lesiones orales que sujetos que no toman inmunosupresores.
- La prevalencia de candidiasis oral en los pacientes trasplantados renales es mayor que en los pacientes no trasplantados
- Las formas severas de candidiasis oral, de infección orofaríngea por virus del herpes simple e infección oral por citomegalovirus en pacientes trasplantados



renales son más frecuentes en el periodo postrasplante temprano. Por esto debemos tener especial atención con los pacientes que van a ser sometidos a un trasplante. Especial atención a la salud de los tejidos orales del paciente.

- Los pacientes trasplantados renales tienen un mayor riesgo de sufrir cáncer de labio inferior. Este tipo de tumores son más frecuentes en pacientes trasplantados de sexo masculino, expuestos al sol y fumadores.

Por esto se vuelven a reforzar la importancia de realizar en el futuro estudios epidemiológicos que recojan la patología de base de los pacientes historiados, para hacer un buen análisis de la muestra. Ya que al encontrar mayor incidencia de determinadas patologías orales, bien conocidas, en pacientes con alteraciones sistémicas, los resultados no son tan significativos, si contamos con una muestra en la que desconocemos el estado de salud basal.

Un estudio nutricional, realizado por Thomas y cols. en 2010, demuestra que determinadas enfermedades orales se producen con más frecuencia en pacientes con deficiencias nutricionales. Según los hábitos dietéticos los pacientes presentan diferencias en la distribución de la frecuencia de sus enfermedades según Czerninsky en 2014, (25). Esto incluye la variable dieta, en la posibilidad de que nuestros resultados se puedan ver afectados. Por lo que sacamos en conclusión del estudio de Thomas, que plantear una dieta saludable a la mayoría de nuestros pacientes, podría solucionar gran cantidad de procesos patológicos que asientan en la cavidad oral, sin necesidad de tratamientos farmacológicos, (26).

Para finalizar el COCE, es el 0.86% de nuestra muestra. Debemos continuar con los protocolos de prevención del cáncer oral, a pesar de encontrar esta prevalencia baja. Éste puede deberse a varias razones; en primer lugar, a que una lesión maligna puede



ser más fácilmente identificable por un clínico, no especialista en medicina oral, o ante la sospecha de malignidad derive directamente al paciente a los servicios hospitalarios. También puede deberse a que el cáncer oral no es sintomatológico hasta que está avanzado, y los pacientes no acuden a su dentista o médico de cabecera hasta que es tarde, pero presentando una sintomatología que de igual manera induce a que este grupo de pacientes acabe en un centro hospitalario. Por último los pacientes ante una lesión sospechosa no saben muy bien donde recurrir, como se reflexionaba al inicio de esta discusión, y cuando finalmente es tarde, acaban igualmente en un servicio de atención primaria que lo deriva finalmente a un servicio de cirugía maxilofacial. Por todo esto, en el TPMB la prevalencia de este cuadro es muy baja, porque no somos los primeros que lo diagnosticamos, porque los pacientes de por si desconocen nuestro servicio de atención especializada en medicina oral, y de igual manera que exista alguno. La mayoría de pacientes que atendemos vienen derivados de otras clínicas, o por otros departamentos de la misma facultad, pero no es frecuente que lo hagan porque ellos mismos acudan a una revisión especializada. Quizá la promoción del TPMB en el futuro promoviera que más pacientes acudieran de motu proprio, y se identificaran mayor número de lesiones, a tiempo, y con resultados epidemiológicos en el futuro con mayor significación.



7. CONCLUSIONES:

Las enfermedades más prevalentes observadas han sido el LPO, la leucoplasia oral y el SBA.

Las enfermedades orales, son más frecuentes en el sexo femenino y aumentan su prevalencia con la edad, independientemente de otras variables.

Las enfermedades sistémicas influyen en la distribución de las frecuencias de la patología oral, por ello deben hacerse más estudios en este campo.

El TPMB se posiciona como el centro de referencia asistencial en material de diagnóstico en patología oral, para las clínicas externas, aunque debería promoverse su promoción para el conocimiento de los pacientes de forma individual.

Importante establecer rutinas de evaluación oral exhaustivas, para evitar la complicación de determinados procesos.

Necesidad de protocolos en la realización de estudios epidemiológicos en medicina oral.

Se requieren protocolos de recogida de datos más ajustados, como anotar en las historias clínicas variables fundamentales, entre ellas, el hábito tabáquico.



8. **BIBLIOGRAFIA:**

1. Fenoll AB. Medicina bucal. Síntesis E, editor. 1997.
2. Medina A, Silva L, Crespo O. Prevalencia de las lesiones en la mucosa bucal de pacientes diagnosticados en el laboratorio central de histopatología bucal. Acta Odont Venez.2010
3. Calleja S. Patología oral observada en la Facultad de Odontología de la UCM en el periodo 2007-2011. 2012.
4. Mays J, Sarmadi M. Oral Manifestations of Systemic Autoimmune and Inflammatory Diseases: Diagnosis and Clinical Management. Journal of Evidence Based Dental Practice. 2012;12(3):265-282.
5. Matesanz MM, Gómez GCE. Estudio descriptivo de los pacientes atendidos en la clínica odontológica integrada de pacientes especiales 2003-2012.2013
6. Dost F. Malignant transformation of oral epithelial dysplasia: a real-world evaluation of histopathologic grading. Oral surgery, oral medicine, oral pathology and oral radiology. 2014;117(3):343-352.
7. Schepman K, Meij E, Smeele. Prevalence study of oral white lesions with special reference to a new definition of oral leucoplakia. of Cancer Part B: Oral. 1996.
8. Scheifele C, Nassar A, Reichart PA. Prevalence of oral cancer and potentially malignant lesions among shammah users in Yemen. Oral Oncology. 2007;43(1):42-50.
9. Rodríguez MD, González JMM. Donado. Cirugía bucal. Elsevier España; 2013.



10. Vallejo M, Martín J, García M. Estudio epidemiológico de la patología de la mucosa oral en la población infantil de 6 años de Oviedo (España). *Medicina Oral*. 2002.
11. Ali M, Joseph B, Sundaram D. Prevalence of oral mucosal lesions in patients of the Kuwait University Dental Center. *The Saudi Dental Journal*. 2013;25(3):111-118.
12. Chiang M, Hsieh Y, Tseng Y, Lin J, Chiang C. Oral mucosal lesions and developmental anomalies in dental patients of a teaching hospital in Northern Taiwan. *Journal of Dental Sciences*. 2014;9(1):69-77.
13. Maltsman-Tseikhin A, Maltsman-Tseikhin E, Moricca P, Niv D. Burning mouth syndrome: will better understanding yield better management? *Pain practice : the official journal of World Institute of Pain*. 2007;7(2):151-62.
14. Matesanz-Pérez P, Matos-Cruz R. Enfermedades gingivales: una revisión de la literatura. *Av Periodon Implantol*. 2008;20,1:11-25.
15. Gallegos-Hernández JF. Lesiones preneoplásicas de la cavidad bucal: detección y diagnóstico oportuno. *Cir Ciruj*. 2008;76:196-198.
16. Freitas M, García A, Abelleira A. Aplicaciones de la citología exfoliativa en el diagnóstico del cáncer oral. *Patol Oral Cir Bucal*. 2004.
17. Bouquot J, Gundlach K. Oral exophytic lesions in 23,616 white Americans over 35 years of age. *Oral surgery*. 1986.
18. Bouquot J. Common oral lesions found during a mass screening examination. *Journal of the American Dental Association (1939)*. 1986.



19. Díaz-Guzmán L, Castellanos J. Lesions of the oral mucosa. Epidemiological study of 7.297 patients. *Rev ADM*. 1991;48(2):75-80.
20. Warnakulasuriya S, Sutherland G, Scully C. Tobacco, oral cancer, and treatment of dependence. *Oral Oncology*. 2005;41(3):244-260.
21. Sixto-Requeijo R, Diniz-Freitas M, Torreira-Lorenzo J, Garcia-Garcia A, Gandara-Rey J. An analysis of oral biopsies extracted from 1995 to 2009, in an oral medicine and surgery unit in Galicia (Spain). *Medicina Oral Patología Oral y Cirugía Bucal*. 2012;16-22.
22. Souza Bastos A, de Bastos AS, Leite ARP, Spin-Neto R, Nassar PO, Massucato EMS, et al. Diabetes mellitus and oral mucosa alterations: Prevalence and risk factors. *Diabetes Research and Clinical Practice*. 2011;92(1):100-105.
23. Kazancioglu HO, Cakir O, Koyuncuoglu G, Ciftci A, Ak G. Oral Findings and Health Status among Turkish Geriatric Patients with or without Dementia (Oral Lesions and Dementia Patients). *International Journal of Gerontology*. 2013;7(2):112-115.
24. Muñoz RML. Lesiones orales en pacientes trasplantados renales y factores asociados a su aparición. Universidad Complutense de Madrid. Madrid; 2007;:1-309.
25. Czerninski R. Dietary alterations in patients with oral vesiculoulcerative diseases. *Oral surgery, oral medicine, oral pathology and oral radiology*. 2014;117(3):319-323.
26. Thomas DM, Mirowski GW. Nutrition and oral mucosal diseases. *Clinics in Dermatology*. 2010;28(4):426-431.



9. **ANEXOS**

ANEXO 1. Documentos para la obtención de los permisos, para iniciar la investigación, y manejar las historias clínicas del TPMB.